

# 亜急性期入院医療管理料を算定する 病床に関する一考察

武 田 誠 一

新潟青陵大学福祉心理学科

## One Consideration About the Sub-Acute Stage Sickbed

Nobukazu Takeda

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY  
DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

### Abstract

I discussed this report about the present conditions of the sub-acute stage sickbed.

The sub-acute stage sickbed was introduced by a revision of a Payment for medical treatment of 2004. It is expected that an original role can be played though the sub-acute stage sickbed has various problems now.

### Key words

Payment for medical treatment    The sub-acute stage sickbed    Local care system

### 要 旨

亜急性期入院医療管理料とは、2004年4月の診療報酬改定で導入された特定入院料である。

これは、四病院団体協議会が提唱した「地域一般病棟」の具体化であった。その役割は、リハビリテーション機能、ケアマネジメント機能を備え、急性期病棟から患者を受け入れ、在宅医療後方支援を行い、地域における軽症急性期や亜急性期医療を行うことにあった。しかし、そのような役割を期待された亜急性期病床は、現在、回復期リハビリテーション病棟に類似する存在として展開されている。

今後の課題は、中小一般病院の役割として位置づけられた「地域一般病棟」としての亜急性期病床が、その独自性を発揮することである。そして、その中心は、専任で配置されている在宅復帰支援担当者の活動に求めるべきである。在宅復帰支援担当者が中心となり、地域における在宅医療の後方支援を行い、地域に必要とされるサービス提供機関となることが求められている。

### キーワード

診療報酬    亜急性期病床    地域ケアシステム

## はじめに

日本の社会保障制度は、1950年の社会保障制度審議会による「社会保障制度に関する勧告」(50年勧告)によって大きく方向付けられた。この50年勧告を機に日本の社会保障制度は発展していくこととなった、そして1961年に国民皆保険制度が実現し、誰もが安心して医療を受けられる制度が完成したのであった。<sup>1)</sup>

しかし今日、少子高齢化の進展、医療技術の高度化もあり、医療費は年々増加している(表1)。なお、表1が示すように前年比を下回る年度もあるが、これは診療報酬の改定、医療保険制度の改正による診療報酬の減額、患者の受診抑制が一時的に現れたものに過ぎず、<sup>2)</sup>医療費は増加の一途をたどっている。

また、表2が示すように医療費に占める入

院費の割合が最も多くなっている、これには、医療技術の高度化も一因であるが、多くの要因は、長期の入院、特に退院が医学的理由でできないのではなく、退院先となる社会資源の不足、家族の療養・介護力の不足などが原因となる、社会的入院が考えられる。<sup>3)</sup>

このような中、医療費増加の抑制と医療資源の適切な配分を目指して、さまざまな医療制度改革がなされてきた、直近の改革では、病床区分の届出を医療機関に求めた、第4次医療法改正がある。この改正では、病院機能の分化を進めるため、従来の「その他病床」を「一般病床」「療養病床」のいずれかを選択し届けることを医療機関に義務づけたのであった。

また、改革は治療費の公定価格である診療報酬にもおよび、診療報酬の伸びを抑える、または、引き下げることで医療費の抑制を目

表1 医療費の推移と伸び率

(単位：兆円)

	概算医療費 総 計	医療費の伸び率 (対前年度比)
平成12年度	29.4	1.9
平成13年度	30.4	3.2
平成14年度	30.2	0.7
平成15年度	30.8	2.1
平成16年度	31.4	2.0

出典：平成16年度 医療費の動向・厚生労働省

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/04/index.html> 20051101)を  
基に筆者作成。

表2 診療種類別医療費の推移

(単位：兆円)

	(単位：万円)					
	総 計	計	診 療 費		歯 科	調 剤
			医 科			
			入 院	入院外		
平成11年度	30.0	26.7	12.3	11.9	2.5	2.4
平成12年度	29.4	26.6	12.1	11.9	2.6	2.8
平成13年度	30.4	27.1	12.4	12.1	2.6	3.3
平成14年度	30.2	26.6	12.3	11.7	2.6	3.6
(構成割合)	( 100.0%)	( 88.1%)	( 40.8%)	( 38.6%)	( 8.6%)	( 11.8%)
平成15年度	30.8	26.9	12.6	11.7	2.5	3.9
(構成割合)	( 100.0%)	( 87.2%)	( 40.8%)	( 38.1%)	( 8.3%)	( 12.7%)
平成16年度	31.4	27.2	12.7	11.9	2.5	4.2
(構成割合)	( 100.0%)	( 86.4%)	( 40.5%)	( 37.8%)	( 8.1%)	( 13.4%)

注：医科食事療養費は入院、歯科食事療養費は歯科に含まれている。

出典：平成16年度 医療費の動向・厚生労働省

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/04/index.html> , 20051101)を一部改編。

指している。

診療報酬の伸びを抑える、また、引き下げるには、単に診療報酬を引き下げの場合と、それまで医療行為ごとに算定したものを包括化し、その結果として診療報酬の引き下げに導く方法がとられている。<sup>4)</sup>

この包括化は、入院医療の診療報酬である入院料に多く取り入れられている。

入院料は 1. 入院基本料または特別入院基本料、2. 特定入院料、3. 短期滞在手術基本料に分かれる。なお、1. 入院基本料または特別入院基本料は出来高による診療報酬の算定を基本としている、2. 特定入院料、3. 短期滞在手術基本料は 1 日あたりの所定の診療報酬が定められている包括払いの制度となっている。

この入院医療の包括化は、急性期病床、療養病床問わず、さまざまな形で取り入れられてきており、今後もその適応範囲は拡大する一方であろう。

なお、本稿では、包括払いの制度をとる特定入院料について、中でも 2004 年 4 月に新たに特定入院料として導入された「亜急性期入院医療管理料」の導入の経緯と、「亜急性期入院医療管理料」を算定する病室（以下、亜急性期病床）の現状、その課題について考察するものである。

## 特定入院料とは

まず、「亜急性期入院医療管理料」について述べる前に、「亜急性期入院医療管理料」の上位の枠組みである特定入院料について、概説する。

特定入院料とは「疾患や病態、年齢などによって区分された特定範囲の対象患者に対して提供されるサービスのうち、その一定範囲の費用を包括し 1 日定額の入院料として算定<sup>5)</sup>する包括払いの制度である。そもそも我が国の診療報酬は医療行為ごとに診療報酬を算定する出来高払いが基本となっていたが、近年の医療費の増加に対応するため、包括払いが導入、拡大されてきた（なお、診療報酬改定のたびに包括化が進められたが、その変遷については、奥村元子「診療報酬（介護報

酬）その仕組みと看護の評価（第 6 版）」日本看護協会出版会；2004. p 79-82, に詳しくまとめられている）。

2003 年より大学病院などの特定機能病院において「急性期医療に係る診断群分類別包括評価（DPC）」が導入され、つづいて 2004 年からは一定の基準を満たす民間病院にも DPC が拡大され、急性期入院医療の診療報酬支払いが包括・定額支払いに移行されつつある<sup>6)</sup>、この入院医療の包括支払いの先駆けが特定入院料であると言える。

なお、1984 年に「救命救急入院料」として導入された特定入院料であるが、2004 年の診療報酬の改定を経て現在では 20 種類に及んでいる（表 3）。

## 亜急性期入院医療管理料の導入の経緯

「亜急性期入院医療管理料」導入の経緯を見たとき、それは 2001 年 9 月に発表された「四病院団体協議会 高齢者医療制度・医療保険制度検討会」（なお、「四病院団体協議会」は、社団法人日本病院会、社団法人全日本病院協会、社団法人日本医療法人協会、社団法人日本精神科病院協会の 4 つの団体から構成されている）の報告書、『今後の高齢者医療あり方について』までさかのぼる。この報告書において、提唱された「地域一般病棟」が現在の「亜急性期入院医療管理料」の原型となっている。

「地域一般病棟」とは、リハビリテーション機能、ケアマネジメント機能を備え、急性期病棟から患者を受け入れ、在宅医療の後方支援を行い、地域における軽症急性期や亜急性期医療を行う病棟<sup>7)</sup>であるであるとされていた。

四病院団体協議会の提言は、第 4 次医療法改正に基づく病床区分の届出により、経営環境が厳しくなる民間の一般病床を持つ中小病院の生き残り策として打ち出したものであった。つまり、「DPC を導入するような急性期の病床と慢性期や長期入院の療養病床の 2 区分<sup>8)</sup>だけでは、入院医療全体をまかなえない」という問題、たとえば、慢性疾患の急性増悪、重症ではないが入院を繰り返す高齢者など

表3 特定入院料一覧

項 目		点数	備 考	導入年次
救命救急入院料	救命救急入院料 1(7日以内)	9,190		1984年
	救命救急入院料 2(7日以内)	10,590		
	救命救急入院料 1(8日以上14日以内)	7,990		
	救命救急入院料 2(8日以上14日以内)	9,390		
特定集中治療室管理料	7日以内	8,890		1986年
	8日以上14日以内	7,690		
ハイケアユニット入院医療管理料		3,700	21日を限度	2004年
新生児特定集中治療室管理料		8,500	新生児入院医療管理加算 新生児特定集中治療室管理料の算定期間と通算して21日を限度 ただし 出生児体重1,000g未満は90日 1,000g以上1,500g未満は60日を限度。	1986年
総合周産期特定集中治療室管理料	母体・胎児集中治療室管理料	7,000	(妊産婦)14日を限度	1996年
	新生児集中治療室管理料	8,600	(新生児)新生児入院医療管理加算, 新生児特定集中治療室管理料の算定期間と通算して21日を限度。ただし, 出生児体重1,000g未満は90日, 1,000g以上1,500g未満は60日を限度。	
広範囲熱傷特定集中治療室管理料		7,890	60日を限度	1988年
一類感染症患者入院管理料	7日以内	8,890		2000年
	8日以上14日以内	7,690		
小児入院医療管理料	独立病棟等を基準	3,000		2000年
	10床以上等を基準	2,600		
	その他	2,100		
回復期リハビリテーション病棟入院料		1,680	180日を限度	2000年
亜急性期入院医療管理料		2,050	病室に入院した日から起算して, 90日を限度	2004年
特殊疾患療養病棟入院管理料	特殊疾患療養病棟入院管理料 1	1,980		1994年
	特殊疾患療養病棟入院管理料 2	1,600		
特殊疾患入院医療管理料		1,980		2000年
緩和ケア病棟入院料		3,780		1990年
精神科救急入院料		2,800		2002年
精神科急性期治療病棟入院料	精神科急性期治療病棟入院料 1	1,640		1996年
	精神科急性期治療病棟入院料 2	1,580		
精神療養病棟入院料	精神療養病棟入院料 1	1,090		1994年
	精神療養病棟入院料 2	600		
老人一般病棟入院医療管理料		950		2000年
老人性痴呆疾患治療病棟入院料	老人性痴呆疾患治療病棟入院料 1	1,290	90日を超えた日以降は110点減点	1996年
	老人性痴呆疾患治療病棟入院料 2	1,160	90日を超えた日以降は30点減点	
老人性痴呆疾患療養病棟入院料		1,160	90日を超えた日以降は30点減点	1996年
診療所老人医療管理料		1,080	14日を超えた日以降は435点減点, 30日以内の再算定の場合は650点	1994年

1日あたりの点数

出典：診療点数早見表〔平成16年4月版〕。医学通信社。2004。p. 71-82。

医療事務の手引き(入門編)。社会保険研究所。2004。p. 255-265。を基に筆者が作成。

は、DPCを導入している急性期の病院や、看護体制の弱い療養病床の病院などでは対応しにくい側面がある<sup>9)</sup>、そういった患者を必要に応じて入院させ、在宅医療の後方支援を行い、介護保険施設などと連携し、地域に特化した医療機関としての役割を果たすことを目指したのであった<sup>10)</sup>。

そのため、四病院団体協議会が提唱した「地域一般病棟」の施設基準では、一般病床であって、看護職員の配置が2.5:1以上で、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカーを常勤にすることなどを定めていた<sup>11)</sup>。

以上のような期待をもって、「地域一般病

棟」は「亜急性期入院医療管理料」という形で2004年4月の診療報酬の改定で導入されることになった。

### 亜急性期入院医療管理料とは

「亜急性期入院医療管理料」とは2004年4月の診療報酬改定で導入された特定入院料のひとつである。その役割・機能は、「亜急性期入院医療管理料を算定する病室は、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する<sup>(12)</sup>」とされている。算定要件としては、「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、地方社会保険事務局長に届けた病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者に対し、必要があつて亜急性期入院管理が行われた場合に、当該病室に入院した日から起算して90日を限度として所定点数を算定する<sup>(13)</sup>」ことができ、1日につき2,050点とされている。ただし、診療に係る費用のうち、臨床研修病院入院診療加算、地域加算・離島加算および指導管理等、在宅医療、リハビリテーション、精神科専門療法、処置（所定点数が1,000点を超えるものに限る）、手術、麻酔及び放射線治療に係る費用を除くものは、全て「亜急性期入院医療管理料」に包

括されている<sup>(14)</sup>。「亜急性期入院医療管理料」の施設基準に関しては、一般病棟で一定割合の病床数を限度とし、また在宅復帰支援担当者が専任で配置されており、診療記録が適切に管理する体制をとられている保険医療機関であることが求められている（表4）。

ただ、亜急性期の定義はされておらず、厚生労働省の通知では、急性期治療を経過した者、在宅・介護施設等からの患者であつて症状の急性増悪した患者とされている（表5）。

具体的な対応疾患、状態像としては、高齢者の脳血管疾患患者や心疾患のリハビリテーション、大腿部頸部骨折などの高齢者の骨折、慢性閉塞性肺疾患や関節リウマチなどの慢性疾患の急性増悪、疾患管理が困難な慢性疾患（糖尿病や腎不全など）、パーキンソン病やALSなどの難病、中軽度の肺炎などの感染症、終末期ケアなどが考えられる<sup>(15)</sup>。

病床運営では、入院してから7日以内に医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、また必要に応じ関係職種が共同して診療計画、退院に向けた指導・計画等を作成し、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び日程・手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行うことが求められている。

なお、ここで言う、在宅等とは、居宅、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設等であるとされている（表5）。

表4 亜急性期入院医療管理料の施設基準

1	主として亜急性期の患者を入院させ一般病棟の病室を単位として行うものであること。
2	当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割（一般病床の数が400床を超える病院にあっては40床、一般病床の数が100床未満の病院にあっては10床）以下であること。
3	当該病室を有する病棟における看護職員の数は、当該病棟の入院患者の数が2.5又はその端数を増すごとに1以上であること。
4	当該病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
5	専任の在宅復帰支援を担当する者が1名以上配置されていること。
6	特定機能病院以外の病院であること。
7	理学療法（ ）理学療法（ ）又は理学療法（ ）に係る届出を行った保険医療機関であること。
8	診療録管理体制加算を算定している保険医療機関であること。
9	退院患者のうち概ね6割以上が居宅等へ退院していること。
10	亜急性期入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。
11	当該病室に係る病室床面積は、患者1人につき内法による測定で6.4m <sup>2</sup> 以上であること。

出典：診療点数早見表[平成16年4月版]。医学通信社。2004。p. 608。を一部改編。

表5 亜急性期入院医療管理料を算定する病床の運営

1	亜急性期入院医療管理料を算定する病室は、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室である。
2	当該病室に入室してから7日以内（当該病室に直接入院した患者を含む。）に医師、看護師在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画（退院に向けた指導・計画等を含む。）作成し、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び日程・手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行い、交付すること。
3	在宅等とは、居宅、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設等をいい、同一医療機関の当該管理料にかかる病室以外への転室及び他医療機関への転院は含まない。
4	当該管理料を算定した患者が退室した場合、退室した先について診療録に記載すること。
5	医療上特に必要がある場合に限り亜急性期入院医療管理料を算定する病室から他の病室への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の適用欄に詳細に記載する。
6	亜急性期入院医療管理料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、亜急性期入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。
7	亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病室に入院した場合には、一般病棟 群入院基本料5を算定する。

出典：医科 診療報酬点数と早見表（平成16年4月改正）。医療保険業務研究協会。2004。  
p. 370-371。を一部改編。

## 亜急性期入院医療管理料の現状

「亜急性期入院医療管理料」の届出を行っている医療機関は、2004年7月の時点で全国に323件であった<sup>16)</sup>。その後、届出数は増加し、筆者の調査によると、2005年7月1日現在では全国で684件、亜急性期病床は8076床となっている（図1）、（図2）。概して地方は、届出数、病床数ともに少なく、大都市に多くなっている（グラフ1）。具体的には、届出医療機関数、病床数ともに最も多い県は福岡県である、また、届出数、病床数ともに、上位10都道府県が全体の届出数、病床数の半数を占めている（表6）、反面、届出数が一桁の県が、23県となっており、滋賀県のように届出のない県も存在する。

先にも触れたが、「亜急性期入院医療管理料」は、一般病床の1割（一般病床の数が400床を超える場合は、40床、同じく100床未満の場合は10床）以下になっているが、病床規模は、5～9床の医療機関が最も多く236箇所（34.5%）、次に10～14床が224箇所（32.7%）と続いている（グラフ2）、よって、全体の

516箇所（75.4%）が14床以下の医療機関となっている（グラフ3）。なお、開設上限の40床を擁する医療機関は12箇所（1.8%）存在している。

次に、亜急性期病床の具体的な運営状況についての調査では、高橋泰らがまとめた『亜急性病床に関する調査報告書<sup>17)</sup>』がある。

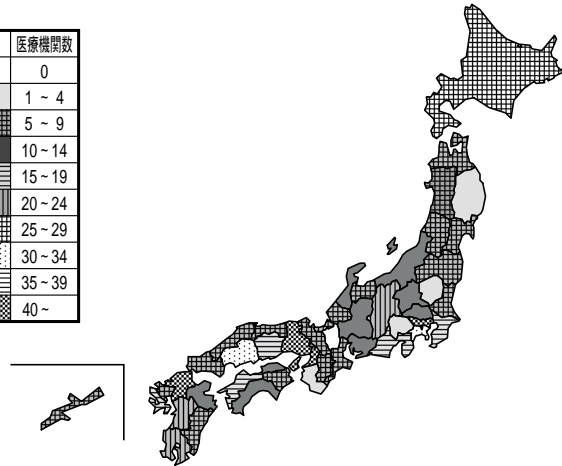
この調査は、2004年7月1日時点で亜急性期病床を有する医療機関うち、31医療機関を対象に2004年4月から12月末までに亜急性期病床を退院（退室）した全患者の状態像を調査したものである。

その結果によると、年齢・性別では、男性は65～74歳の患者が最も多く、女性は75～84歳が多かった、なお、65歳未満の患者は全体の28%であった。調査対象患者の疾患構成は、特に骨折と脳血管疾患が多かった。また、自院一般病床からの転床が94%と圧倒的に多数であり、平均入院期間は、29.6日、退院先は自宅76%、特別養護老人ホーム6%、介護老人保健施設8%と在宅復帰率は87%とかなりの高率であった。

図1 都道府県別「亜急性期入院医療管理料」の届出医療機関数（2005年7月1日現在）

都道府県名	医療機関数	都道府県名	医療機関数
北海道	29	滋賀県	0
青森県	5	京都府	9
岩手県	4	大阪府	48
宮城県	9	兵庫県	51
秋田県	7	奈良県	6
山形県	6	和歌山県	4
福島県	9	鳥取県	7
茨城県	9	島根県	9
栃木県	2	岡山県	18
群馬県	10	広島県	30
埼玉県	13	山口県	6
千葉県	18	徳島県	6
東京都	42	香川県	10
神奈川県	32	愛媛県	16
新潟県	14	高知県	11
富山県	5	福岡県	54
石川県	12	佐賀県	5
福井県	8	長崎県	16
山梨県	3	熊本県	20
長野県	24	大分県	12
岐阜県	10	宮崎県	9
静岡県	15	鹿児島県	21
愛知県	14	沖縄県	9
三重県	7	合 計	684

模様	医療機関数
	0
	1 ~ 4
	5 ~ 9
	10 ~ 14
	15 ~ 19
	20 ~ 24
	25 ~ 29
	30 ~ 34
	35 ~ 39
	40 ~

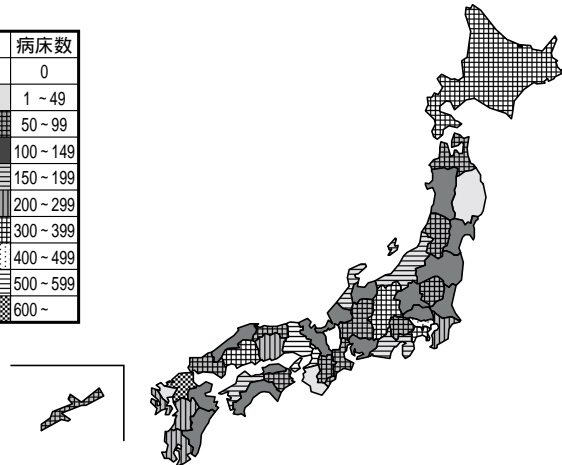


模様	医療機関数	都道府県名	合計
	0	滋賀県	1
	1 ~ 4	岩手県 栃木県 山梨県 和歌山県	4
	5 ~ 9	青森県 宮城県 秋田県 山形県 福島県 茨城県 富山県 福井県 三重県 京都府 奈良県 鳥取県 島根県 山口県 徳島県 佐賀県 宮崎県 沖縄県	18
	10 ~ 14	群馬県 埼玉県 新潟県 石川県 岐阜県 愛知県 香川県 高知県 大分県	9
	15 ~ 19	千葉県 静岡県 岡山県 愛媛県 長崎県	5
	20 ~ 24	長野県 熊本県 鹿児島県	3
	25 ~ 29	北海道	1
	30 ~ 34	神奈川県 広島県	2
	35 ~ 39		0
	40 ~	東京都 大阪府 兵庫県 福岡県	4

図2 都道府県別「亜急性期入院医療管理料」の届出病床数（2005年7月1日現在）

都道府県名	病床数	都道府県名	病床数
北海道	351	滋賀県	0
青森県	64	京都府	110
岩手県	27	大阪府	598
宮城県	120	兵庫県	555
秋田県	110	奈良県	72
山形県	80	和歌山県	40
福島県	121	鳥取県	62
茨城県	100	島根県	110
栃木県	57	岡山県	223
群馬県	134	広島県	345
埼玉県	122	山口県	52
千葉県	213	徳島県	68
東京都	480	香川県	130
神奈川県	395	愛媛県	193
新潟県	157	高知県	105
富山県	110	福岡県	622
石川県	152	佐賀県	48
福井県	102	長崎県	204
山梨県	50	熊本県	223
長野県	333	大分県	147
岐阜県	86	宮崎県	123
静岡県	155	鹿児島県	233
愛知県	126	沖縄県	81
三重県	87	合計病床数	8076

模様	病床数
	0
	1 ~ 49
	50 ~ 99
	100 ~ 149
	150 ~ 199
	200 ~ 299
	300 ~ 399
	400 ~ 499
	500 ~ 599
	600 ~



模様	病床数	都道府県名	合計
	0	滋賀県	2
	1 ~ 49	岩手県 和歌山県 佐賀県	2
	50 ~ 99	青森県 山形県 栃木県 山梨県 岐阜県 三重県 奈良県 鳥取県 山口県 徳島県 沖縄県	11
	100 ~ 149	宮城県 秋田県 福島県 茨城県 群馬県 埼玉県 富山県 福井県 愛知県 京都府 島根県 香川県 高知県 大分県 宮崎県	15
	150 ~ 199	新潟県 石川県 静岡県 愛媛県	4
	200 ~ 299	千葉県 岡山県 長崎県 熊本県 鹿児島県	5
	300 ~ 399	北海道 神奈川県 長野県 広島県	4
	400 ~ 499	東京都	1
	500 ~ 599	大阪府 兵庫県	2
	600 ~	福岡県	1

グラフ1 都道府県別届出 医療機関数(n= 684)  
病床数(n=8076)

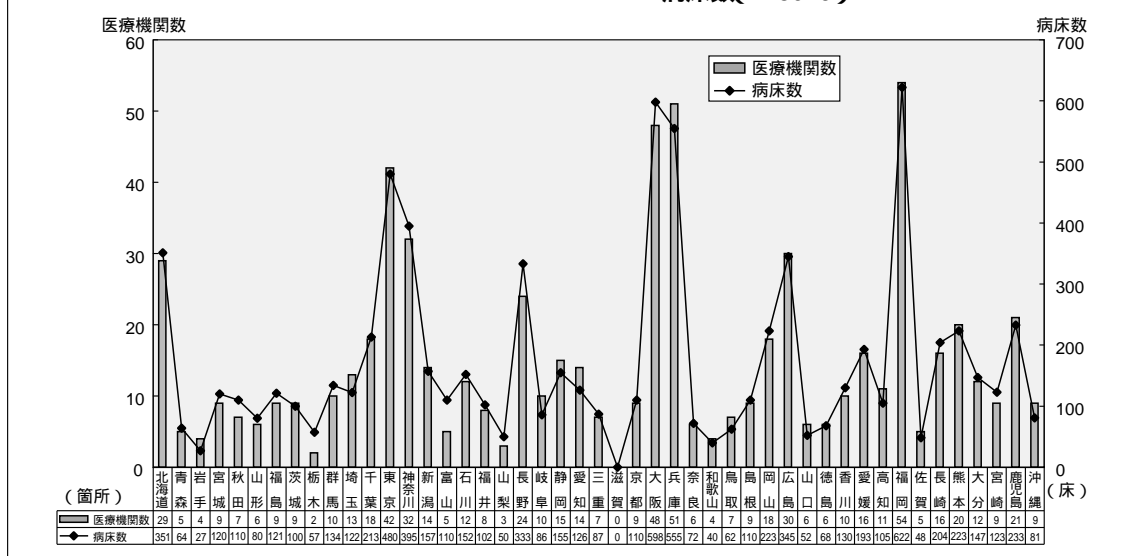
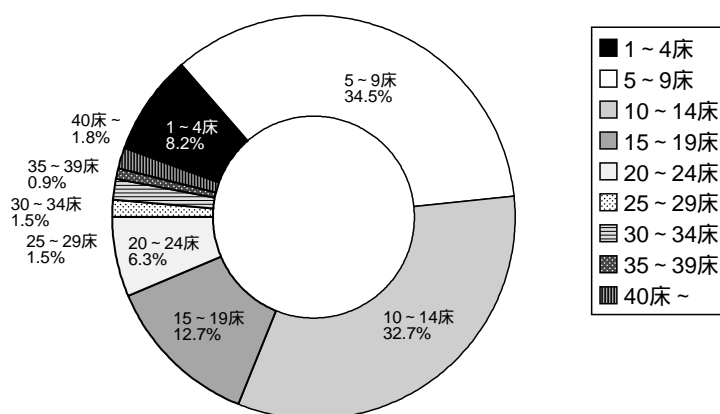


表6 届出 医療機関数・病床数が多い上位10都道府県

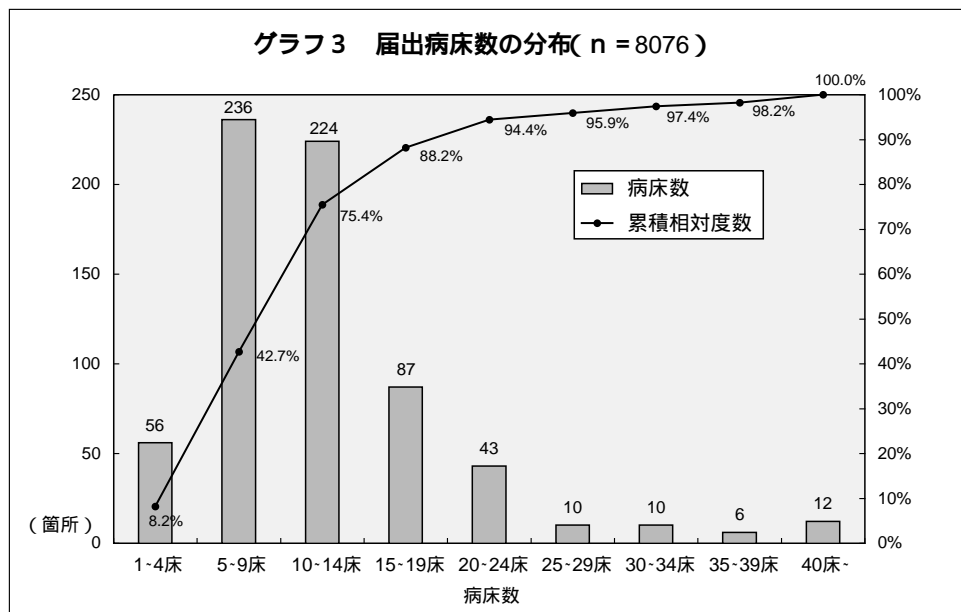
順位	都道府県名	医療機関数
1	福岡	54
2	兵庫	51
3	大阪	48
4	東京	42
5	神奈川	32
6	広島	30
7	北海道	29
8	長野	24
9	鹿児島	21
10	熊本	20
合 計		351
占有率		51.3%

順位	都道府県名	病床数
1	福岡	622
2	大阪	598
3	兵庫	555
4	東京	480
5	神奈川	395
6	北海道	351
7	広島	345
8	長野	333
9	鹿児島	233
10	岡山	223
合 計		4135
占有率		51.2%

グラフ2 届出病床数の割合(n = 8076)







## 考 察

このように2004年4月に導入された「亜急性期入院医療管理料」であるが、その課題を整理する。

先に触れた『亜急性病床に関する調査報告書』では、亜急性期病床を2つの側面から評価している。<sup>(18)</sup> 1. 診療報酬で定められた「亜急性期入院医療管理料」の適応条件の視点、2. 四病院団体協議会が提唱した「地域一般病床」の視点、である。

1点目、診療報酬で定められた「亜急性期入院医療管理料」の適応条件の視点では、次の3つを評価対象にしている、患者像 在院期間 在宅復帰率である。これら3つに関して、ほぼ達成していると評価している。

2点目、四病院団体協議会が提唱した「地域一般病床」の視点では、次の3つを評価対象にしている、DPCを導入するような急性期病院や急性期病床から患者が地域・在宅に帰るための受け皿機能 高度な医療が必要ではないが、救急医入院を要する一般患者の受け皿機能 DPCを導入するような急性期病院では受け入れが難しい症状や繰り返し入院を要する状態の患者の受け皿機能、である。これら3つに関してして、はある程度果たしているが、の役割はほとんど果してい

ないと評価している。具体的理由としては、では、その役割を果たしているものの、入院患者の多くがリハビリ目的であるため、回復期リハビリテーション病棟との違いが見えなくなる懸念を指摘している。について、その機能が果されていない最大の理由としては、慢性疾患の増悪や重症ではないが入院を繰り返す高齢者などは、一般病棟において一般病棟入院基本料などで出来高により算定する方が、「亜急性期入院医療管理料」を算定するより診療報酬が高くなるというケースが多いからであった。

したがって、現在の亜急性期病床での患者像としては、「骨折、または脳血管疾患を罹患した70歳の患者が、ある病院の一般病床に30日入院して診断や治療を受けた後、同じ病院の亜急性期病床に転床して30日間リハビリに励み移動能力が改善した後、自宅に復帰する<sup>(19)</sup>」という経過をたどる患者が典型的である。このように、回復期リハビリテーション病棟に類似した病床になっているといえる。

だが、本来、亜急性期病床は、「地域一般病棟」の具体化であったはずである。

現状のように、回復期リハビリテーション病棟の対象疾患から外れる患者のリハビリ目的を中心にした運営、また「亜急性期入院医療管理料」の算定を受ける患者が一般病棟の

平均在院日数計算の除外対象であるため、平均在院日数の短縮を目的に導入するなどは本来の目的はないはずである<sup>20)</sup>。

増収や、平均在院日数の短縮だけに目を奪われず、「地域一般病棟」としての役割を意識した運営が求められる、そのためには、単なる回復期リハビリテーション病棟の下請けのような役割を担わなくてもいいように、回復期リハビリテーション病棟の対象疾患を拡大することなどが必要である、また、「亜急性期入院医療管理料」自体もケースミックス<sup>22)</sup>分類による診療報酬の設定も必要である。

## おわりに

四病院団体協議会が提唱し、今後の中小一般病院の役割として、中軽度の急性期医療を担い、在宅復帰への後方支援を積極的に推し進める「地域一般病棟」の具体化として導入された「亜急性期入院医療管理料」には、その独自性を発揮することが求められている。

そして、その活躍の中心は、専任で配置されている在宅復帰支援担当者の活動に求めるべきである。在宅復帰支援担当者が中心となり、地域における在宅医療の後方支援を行い、安心して利用でき、地域に必要とされる社会資源となることが求められている。

ただ、在宅復帰支援担当者についての資格要件が定められていないため、医療、保健、福祉を専門としない者が配置されている場合も見受けられる、今後は、在宅復帰支援担当者の現状と役割の課題について検討する必要がある。

## (引用・参考文献)

- 1) 真田是：社会保障と社会改革。かがわ出版；2005。
- 2) 澤野 孝一郎：家計における医療費 - 自己負担率引上げ政策の効果とその影響。家計経済研究，2004；62：20-29。
- 3) 太田貞司：地域ケアシステム。有斐閣；2003。
- 4) 池上直己，遠藤久夫：医療保険・診療報酬制度。勁草書房；2005。
- 5) 奥村元子：診療報酬（介護報酬）その仕組みと看護の評価（第6版）。日本看護協会出版会；2004。p. 190。
- 6) 杉原弘晃：DPC入門。社会保険研究所；2005。
- 7) 西澤寛俊，千田敏之：インタビュー 全日本病院協会副会長 西澤寛俊氏 亜急性期入院医療管理料は病院のネットワーク機能が運営の鍵。日経ヘルスケア21，2004；174：60-62。
- 8) 猪口雄二：インタビュー 病床区分届出完了でなく「地域一般病棟」って何ですか。健康保険，2003；57：37-41。
- 9) 第3特集「最後の切り札」を徹底研究「地域一般病棟」は民間病院を救えるか。フェイス・スリー，2003；222：73-79。
- 10) 猪口雄二：「地域一般病棟」について。病院，2003；62（12）：988-992。
- 11) 徳田禎久：インタビュー 医療法人禎心会病院理事長 徳田禎久氏「地域一般病棟」の診療報酬上の位置づけを目指す。日経ヘルスケア21，2002；158：52-54。
- 12) 医科 診療報酬点数と早見表（平成16年4月改正）。医療保険業務研究協会；2004。p. 370。
- 13) 診療点数早見表 [平成16年4月版]。医学通信社；2004。p. 78。
- 14) 医療事務の手引き（入門編）。社会保険研究所；2004。p. 106。
- 15) 篠田道子：診療報酬の動きのなかでの退院計画 - 亜急性期入院医療管理料との関係を中心に。看護展望，2004；29（9）44-48。
- 16) 亜急性期入院医療管理料は全国で323件。日経ヘルスケア21，2004；8：9。  
([http://medwave.nikkeibp.co.jp/nhc/news/news04\\_08.pdf](http://medwave.nikkeibp.co.jp/nhc/news/news04_08.pdf))
- 17) 高橋泰，猪口雄二，安藤高朗：亜急性病床に関する調査報告書。全日本病院協会(<http://www.ajha.or.jp>)；2005。
- 18) 同掲報告書。
- 19) 高橋泰：亜急性病床の現状調査と評価。病院管理，2005；42：81。
- 20) 武藤正樹：NEWS縦断亜急性期病床。月刊保険診療，2004；59（7）：88-89。
- 21) 篠田道子，中川恵子，小室千尋：退院支援のシステム化と地域連携 亜急性期病床の意義と運営のポイント（2）亜急性期病床における退院支援の実際と課題。看護展望，2005；30（7）：814-819。
- 22) 前掲報告書（17）。